

ACTUALITEIT: STANDPUNTEN

De bijdrage van huisartsgeneeskunde in de geestelijke gezondheidszorg¹

J. DE LEPELEIRE^{2, 3}

Samenvatting

Onze samenleving staat voor grote uitdagingen. De toename van patiënten met chronische, psychiatrische aandoeningen, zowel bij jongeren als ouderen, vraagt om een vernieuwde visie op de organisatie van deze zorg.

Op basis van gegevens uit de literatuur wordt aangegeven dat huisartsen een belangrijke rol spelen in de geestelijke gezondheidszorg. Epidemiologische kaders die fundamenteel zijn in het gesprek rond taak- en functieverdeling in de geestelijke gezondheidszorg worden toegelicht. Tot slot wordt inhoudelijk nagegaan, op basis van de Europese definitie van huisartsgeneeskunde, welke bijdrage huisartsen in de zorg kunnen leveren. Dit wordt geïllustreerd door klinische voorbeelden rond dementie, depressie en psychose.

Inleiding

De Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie hebben op hun jaarlijks congres van 2008 gekozen voor het thema „Zorg voor velen, door velen” (1). Het is inderdaad duidelijk dat talrijke problemen, zoals toenemende dementie, het groeiend aantal personen die onderhevig zijn aan sociale uitsluiting en nieuwe doelgroepen als allochtonen, het domein van de geestelijke gezondheidszorg verder uitbreiden. Volgens sommige bronnen zijn psychiatrische stoornissen een zeer belangrijke oorzaak van invaliditeit. Het spreekt voor zich dat de eerstelijnszorg aandacht moet hebben voor de geestelijke gezondheidszorg.

In dit artikel wordt nagegaan welke bijdrage huisartsen kunnen leveren in het veld van de geestelijke gezondheidszorg. Daartoe zal een antwoord gegeven worden op twee vragen: zijn huisartsen betrokken bij de geestelijke gezondheidszorg en wat kan de huisarts bieden? Deze bijdrage wordt afgesloten met een aantal opties en overwegingen.

Zijn huisartsen betrokken bij de geestelijke gezondheidszorg?

Huisartsen en hun organisaties zijn weinig betrokken bij symposia in verband met de geestelijke gezondheidszorg. Nochtans zijn huisartsen sterk betrokken in de geestelijke gezondheidszorg. De gezondheidsenquête van 2004 vermeldt dat 25% van de ondervraagde Belgen een gevoel van onwelbevinden heeft en dat het in de helft daarvan gaat om ernstige problemen (2). In de „European study of epidemiology of mental disorders” (ESEMED) werd duidelijk dat 9% van de ondervraagden professionele hulp zoekt wegens emotionele problemen (3). Van personen binnen deze groep met een mentale stoornis die voldoet aan de criteria van DSM-IV, zoekt 30% professionele hulp. In 30% van de gevallen gaat het om de huisarts, in 43% van de gevallen zoekt de patiënt de huisarts en de psychiater op. Met andere woorden, de huisarts is betrokken in 77% van de gevallen. Huisartsen blijven dan ook een belangrijke toegangspoort tot de geestelijke gezondheidszorg (3, 4). McWhinney vermeldt in zijn boek de top 10 van klachten waarmee mensen een huisarts bezoeken: moeheid, hoofdpijn, functiestoornissen van maag en darm, lage rugpijn, pijn in de benen, emotionele problemen, buikpijn, menstruatiestoornissen en keelpijn (5). Met uitzondering van pijn in de benen, hebben alle items een zeer belangrijke psychopathologische component. De Vlaamse Intego-databank, die het voorkomen van aandoeningen in de Vlaamse populatie registreert, vermeldt dat depressieve stoornissen voorkomen bij 14,67 per 1.000 vrouwen en bij 7,61 per 1.000 mannen in de

¹ Deze bijdrage is de neerslag van een lezing te Antwerpen op 16 september 2008 op het Geestelijk Gezondheidscongres met als thema: „Geestelijke gezondheid: Zorg voor velen, door velen”.

² Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde K.U. Leuven.

³ Correspondentieadres: prof. dr. J. De Lepeleire, Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde, Katholieke Universiteit Leuven, Kapucijnenvoer 33 blok J PB 7001, 3000 Leuven; email: Jan.delepeleire@med.kuleuven.be

jaarlijkse contactgroep (6, 7). Huisartsen leveren ook belangrijke informatie met betrekking tot het inschatten van een suïcide en de opnametrajecten voor de psychiatrie (8, 9). In een recent rapport over de aanpak van depressie in de Centra Geestelijke Gezondheidszorg blijkt dat vanuit de centra in 60% van de gevallen een samenwerking bestaat met externe instanties (10). In vele gevallen gaat het om de huisarts. Uit dit alles mag duidelijk zijn dat huisartsen sterk betrokken zijn in de geestelijke gezondheidszorg.

Naast deze gegevens die specifiek betrekking hebben op de mentale problemen, zijn er drie algemene epidemiologische begrippen die een rol spelen in deze reflectie.

- In een studie van White et al. uit 1961, herhaald in 2001 met ongeveer dezelfde resultaten, werd duidelijk dat 750 van een groep van 1.000 burgers, die gedurende één maand gevolgd en ondervraagd werden, een ziekte of gezondheidsprobleem vermeldde (11, 12). Hiervan raadpleegden 250 een arts, 9 werden opgenomen in het ziekenhuis en 1 in het academisch ziekenhuis. Het is dus duidelijk dat de graad van zelfzorg in onze samenleving zeer groot is. Een tweede leerpunt is dat de realiteit van de bevolking met betrekking tot ziekte en gezondheid totaal anders is dan de realiteit die wordt geëxtrapoleerd vanuit de studies die in een specialistisch- en hospitaalmilieu worden uitgevoerd. Dit heeft zeer belangrijke consequenties voor de mogelijkheden, de grenzen en de voorwaarden van samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg.
- Een tweede belangrijk epidemiologisch element is dat aangetoond werd dat 10% van de contacten bij huisartsen resulteren in een verwijzing, ongeacht het gezondheidszorgsysteem waarin deze huisartsen functioneren (13). Dit wil zeggen dat huisartsen, of het nu gaat om psychiatrische, orthopedische, urologische of internistische problemen, 9 van de 10 van de aangeboden problemen zelf trachten op te lossen. Dit betekent ook dat de populatie van de verwezen patiënten die de specialist bezoeken, niet representatief is voor de problematiek van de algemene bevolking.
- Tot slot is voor huisartsgeneeskunde het begrip „sociale prevalentie” zeer belangrijk. Dit begrip werd gedefinieerd in het begin van de jaren negentig van de vorige eeuw (14). Het drukt het aantal patiënten in de huisartspraktijk uit die zelf een aandoening hebben of zorgen voor en/of samenleven met een persoon met een belangrijke – meestal chronische – aandoening. Dit wordt geschat op 50%. Met andere woorden, huisartsen verzorgen vaak patiënten die in hun directe omgeving te maken hebben met psychiatrische aandoeningen.

Wat kan huisartsgeneeskunde bieden voor de geestelijke gezondheidszorg?

Vanuit de definitie van het specialisme huisartsgeneeskunde, op Europees niveau vastgelegd in 2002, kan een

antwoord geformuleerd worden op de vraag wat huisartsgeneeskunde kan bieden in de zorg voor patiënten met psychiatrische problemen (15). De gedefinieerde kenmerken worden geciteerd en toegelicht.

1. *„Huisartsen zijn gespecialiseerde artsen die getraind zijn in de basiskennmerken van de discipline. Zij zijn persoonsgeïntereerd, in de eerste plaats verantwoordelijk voor het aanbieden van globale en continue zorg aan ieder individu dat medische hulp zoekt ongeacht het ras, het geslacht of de aandoening.”*

Om zijn vak uit te oefenen heeft de huisarts drie essentiële vakbekwaamheden. Ten eerste maakt hij intensief gebruik van de context van de persoon, de familie, de gemeenschap en de cultuur waarin zij leven en functioneren. Ten tweede moet hij de correcte attitude hebben, dit wil zeggen, het gebruik van de eigen persoonlijke mogelijkheden, waarden en ethische principes als arts. Hij moet die verder ontwikkelen en ontplooiën. Tot slot moet een huisarts in staat zijn om dit alles te doen op wetenschappelijke grond: gebruikmakend van een kritische en op onderzoek gebaseerde aanpak van de praktijk en dit onderhouden door levenslang leren en aandacht voor kwaliteitsbevordering. Daarvoor is het noodzakelijk dat hij de kerncompetenties goed onder de knie heeft. Deze worden beschreven door de Canadese verenigingen voor artsen en zijn bekend onder de benaming „CANMEDS” (16). Zij werden recent ook gebruikt als uitgangspunt voor het hertekenen van de Vlaamse opleiding tot arts in het kader van het Bolognaproces (17). Het gaat in essentie om de rol als medisch expert, ondersteund door het kunnen samenwerken, het kunnen managen van een praktijk, het vaardig zijn in het communiceren, in het professioneel handelen en ontwikkelen, in het hebben en ondersteunen en ontwikkelen van voldoende kennis en het in staat zijn om voldoende gezondheids promotie te doen.

2. *„Huisartsen zijn in normale omstandigheden het eerste medische contactpunt binnen de gezondheidszorg. Ze hebben daarvoor een open en drempelloze toegang voor de gebruikers en zijn in staat alle gezondheidsproblemen aan te pakken ongeacht leeftijd, het geslacht of enige andere eigenschap van de persoon in kwestie.”*

Een boeiend, maar tegelijk moeilijk en voor sommige jonge artsen wat beangstigend kenmerk van huisartsgeneeskunde, is de zeer grote variatie van aangeboden problemen binnen één werkdag. Een patiënt met hypertensie komt voor controle, de daaropvolgende patiënt is depressief en de derde heeft hoofdpijn. Hoofdpijn is nu een voorbeeld van een erg veelvoorkomende klacht die heel verschillende oorzaken en consequenties kan hebben. Het kan gaan om een spanningshoofdpijn, pijn

door een neus-keel-oorinfectie, een orthopedisch probleem maar evengoed om een levensbedreigende aandoening op korte termijn (bv. meningitis) of langere termijn (bv. hersentumor). In elke situatie kan de patiënt er zeer verschillende ideeën, angsten en bezorgdheden over hebben. Huisartsen zijn getraind om dit zeer breed aanbod aan te kunnen en om de juiste oriëntering te vinden. Ze doen dit door hypothesen te toetsen, adequaat door te vragen, herhaald onderzoek te doen en dat te vergelijken met de toestand vooraf. Dit vraagt soms herhaald onderzoek, gespreid over een zekere periode. De volgende praktijkervaring illustreert hoe belangrijk dit kan zijn. Twee vrouwen, beiden vooraan in de dertig en met een deeltijdse administratieve job, consulteerden allebei met een probleem van lage rugpijn, op het eerste gezicht erg gelijkaardig van voorkomen en oorzaak. Na twee raadplegingen drong zich toch een verschillende oriëntatie op, onder andere door een verschillende reactie op de ingestelde behandeling, het resultaat van de medische beeldvorming en de evolutie van de pijn. Bij de ene dame bleek de rugpijn onderdeel te zijn van een erg somatisch gekleurd, depressief beeld. Zij werd uiteindelijk verwezen voor psychotherapie. De tweede vrouw bleek een osteoom van een wervellichaam te hebben, met impressie in het spinale kanaal. Na een neurochirurgische ingreep kon zij het werk hervatten. De expertise van een huisarts is essentieel om deze bij aanvang ogenschijnlijk gelijkaardige casussen deskundig te oriënteren en te differentiëren, voortdurend voor ogen houdend dat klachten het gevolg zijn van een zeer complexe bio-psycho-somatische interactie. Wat zou er gebeurd zijn mocht de eerste dame rechtstreeks naar een orthopedisch chirurg zijn gestapt en de tweede dame naar een psychiater?

3. *„Huisartsen maken efficiënt gebruik van het gezondheidszorgsysteem en van de voorzieningen en proberen dit ook verder te ontwikkelen door het coördineren van zorg in samenwerking met andere beroepsgroepen.”*

Overall in de wereld is er een probleem van toenemende fragmentering in de zorg (18, 19). Deze fragmentering doet zich voor tussen huisartsen en specialisten, maar ook tussen specialisten en subspecialisten, tussen verschillende geledingen in het ziekenhuis, de medische en de sociale sector. Deze complexiteit werd uitvoerig in de literatuur beschreven (20-22). In België wordt het probleem van de fragmentering nog versterkt door de verschillende beleidsniveaus die erbij betrokken zijn: lokale, provinciale, gewestelijke en federale instanties naast alle gemengde vormen en de private initiatieven. In de thuiszorg ontstaat zo een kluwen van lokale diensten van maatschappelijk werk, samenwerkingsinitiatieven thuiszorg, geïntegreerde diensten thuiszorg, met overleg op provinciaal, gewestelijk en federaal niveau (23). Om aan deze problematiek van fragmentering oplossingen te bieden, wordt voorgesteld intensief te werken aan netwerking, coördinatie en integratie (24).

Integratie wordt gedefinieerd als een coherent geheel van producten en diensten, geleverd door samenwerking tussen de lokale en regionale diensten (25). Ontwikkeld vanuit het patiëntenperspectief is integratie een coherente set van methoden en modellen voor het financieren, het administratief en organisatorisch plannen van de dienstverlening en de klinische zorgverstrekking met het oog op het bereiken van dwarsverbindingen en samenwerking tussen en binnen de „cure-en-care” sectoren (26). Het doel van deze modellen en methoden is de kwaliteit van zorg en leven te verbeteren, de tevredenheid van de gebruikers te verhogen en de doeltreffendheid van complexe zorgverstrekking te verbeteren met geïntegreerde zorg als resultaat. De beleidsverantwoordelijken zien ziektegeoriënteerde zorgprogramma's en procesgeoriënteerde interventies als methoden (27). Een ander element om tot integratie te komen is het ontwikkelen van aanbevelingen en richtlijnen. In de sector van de geestelijke gezondheidszorg is de richtlijn voor de aanpak van depressie in de huisartsenpraktijk een recent voorbeeld (28). De Vlaamse Gezondheidsraad heeft verregaande voorstellen geformuleerd om tot een integratie te komen tussen de welzijns- en de gezondheidssector, een essentiële voorwaarde om tot een geïntegreerd systeem in de eerste lijn te kunnen komen (29). In hun rapport besluiten de auteurs dat de pogingen om in Vlaanderen het aanbod in de gezondheidszorg op territoriale basis te organiseren, behoorlijke moeilijkheden hebben gekend. Zo is de implementatie van de zorgregio's bijzonder moeizaam verlopen. Ook de moeilijke interactie tussen het regionale en het federale niveau is hier niet vreemd aan. Om de toegankelijkheid van het aanbod te verbeteren, zo stelt de Vlaamse gezondheidsraad, lijkt het wenselijk om op het laagste niveau, dit is 10.000 tot 15.000 inwoners, een gezondheids- en welzijnsoverleg te organiseren, waarbij de lokale hulpverleners actief zijn betrokken. Met betrekking tot de sector van de geestelijke gezondheidszorg heeft de Vlaamse Gezondheidsraad in een ander rapport een advies uitgebracht (30). Zij besluiten dat de Vlaamse regering nog geen concrete initiatieven heeft genomen om de interactie tussen de beleidsdomeinen van de geestelijke gezondheidszorg en andere beleidsdomeinen te verbeteren. „De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare mensen is met andere woorden een zaak voor vele Vlaamse ministers waardoor zich een interministerieel overleg opdringt waarbij elke minister zijn verantwoordelijkheid dient op te nemen.”

4. *„Huisartsen leveren een persoonsgeoriënteerde benadering gericht op het individu met een sterke betrokkenheid op de familie en de gemeenschap. Zij hantieren hiervoor een uniek ontwikkeld consultatieproces, gericht op een langdurige relatie, dankzij een efficiënte arts-patiëntcommunicatie.”*

Zo begeleidde een huisarts de situatie van een 45-jarige manager die een recidief van een psychose deed. Door

overleg met de (inmiddels ex-)echtgenote van de man én advies en consult van een psychiater, dat voornamelijk telefonisch verliep, kon de patiënt ambulant opgevangen worden en kon hij, zonder stigma van een psychiatrische opname, binnen een redelijke termijn het werk hervatten. Huisartsen hanteren een unieke consultatieprocedure die gericht is op langdurige relatieopbouw dankzij een efficiënte arts-patiëntcommunicatie. Zo eindigde een consult voor een rood oog met een patiënte die reeds jaren de praktijk bezocht, met een diepgaand gesprek over de borderlineproblematiek van haar zoon en haar eigen suicideplannen. Huisartsen bieden een continue zorg over een langere tijd en zijn vaak een continuïteitsfiguur, eerder dan de centrale spil. Een jongeman werd in een periode van 15 jaar in 6 psychiatrische instellingen opgenomen (driemaal onder een gedwongen statuut). Hij werd gevolgd door 9 psychiaters. In heel die periode consulteerde hij slechts 1 huisarts, die ook zijn ouders en zus verzorgde.

Huisartsen hanteren eigen besliskundige procedures bepaald door de prevalentie en de incidentie van de ziekten in de bevolking. Hoe lager de voorkans, hoe minder winst men haalt met het uitvoeren van een bepaalde test. Dit heeft zeer belangrijke consequenties. Zo geeft de „Mini mental state examination”, gebruikt in de beoordeling van personen met het vermoeden van dementie, de huisarts maar 8% meer diagnostische zekerheid. Geriaters en neurologen die verwezen patiënten onderzoeken, hebben 32% meer diagnostische zekerheid. Vier keer meer dus (31). Huisartsen behandelen tegelijkertijd acute en chronische gezondheidsproblemen van individuele patiënten. Met betrekking tot geestelijke gezondheidszorg bijvoorbeeld vangen zij acute opstoten van psychotische patiënten op en zorgen ze tegelijkertijd voor de chronische opvolging van deze problematiek (32). Voor het opvangen van acute problemen in de geestelijke gezondheidszorg hebben de huisartsen nood aan een ondersteuning vanuit deze sector. Zo kan gedacht worden aan telefonisch advies, aan snelle consulten binnen de 5 werkdagen en aan dringende consulten met het uitzoeken van doeltreffende verwijsmogelijkheden. Zo werd in Nederland een richtlijn voor consultatieve psychiatrie ontwikkeld (10, 33, 34).

Huisartsen worden geconfronteerd met aandoeningen in een vroeg stadium. Het klinisch beeld is dan vaak ongedifferentieerd en in een prodromale fase. Hierdoor is de situatie vaak niet toetsbaar aan de klassieke diagnostische criteria. We denken hier bijvoorbeeld aan de problematiek van depressie en de betekenis van een naamgeving (35).

5. „Huisartsen nemen hun eigen specifieke verantwoordelijkheid op voor de gezondheid van de bevolking.”

Zowel in Vlaanderen als Nederland zijn er talrijke voorbeelden van projecten en initiatieven waar huisartsen betrokken zijn in de opvang, de preventie en de detectie van problemen van geestelijke gezondheid op bevolkingsniveau: suicidepreventieprojecten, de vroege

interventie voor personen met psychotische problemen, zorgtrajecten voor borderlinepatiënten en dergelijke.

6. „Huisartsen benaderen gezondheidsproblemen in fysieke, psychische, sociale, culturele en existentiële dimensies.”

Dit biedt een aantal mogelijkheden, maar veronderstelt ook dat huisartsen voor die culturele en existentiële dimensies voldoende aandacht hebben en deze ook verder ontwikkelen in hun professionele loopbaan.

Besluit

De huisarts wordt vaak geconfronteerd met problemen van de geestelijke gezondheidszorg. Vanuit hun profiel en deskundigheid kunnen ze een essentiële bijdrage leveren aan de geestelijke gezondheidszorg.

In recente jaren zagen we in België en Vlaanderen allerlei nieuwe initiatieven in de sector van geestelijke gezondheidszorg. Een opvallend voorbeeld daarvan zijn de therapeutische projecten. Hoewel bij aanvang één van de doelstellingen was om tot meer structureel overleg tussen de zorgverleners te komen, werd bij een eerste, tussentijdse evaluatie door het Federale Kenniscentrum de vraag niet onderzocht hoe deze projecten samenwerken en continuïteit van zorg voorzien met huisartsen (36). In een recent Europees rapport wordt gesteld dat huisartsen een belangrijke rol kunnen spelen in screening en diagnose, behandeling inclusief counseling en advies en medicamenteuze aanpak van geestelijke gezondheidsproblemen (37). Huisartsen hebben, net als andere disciplines, een eigen rol in de geestelijke gezondheidszorg. De huisarts kan zijn rol maar ten volle spelen in een coherent geheel met andere betrokkenen. Het gaat er niet om of de aanpak en de behandeling van bijvoorbeeld depressie de taak is van de huisarts of de psychiater. Beiden hebben ieder op hun manier een rol te spelen en moeten dit samenspel zo doelmatig en doeltreffend mogelijk laten verlopen (28). Het gaat er niet om of hospitalzorg beter is dan ambulante zorg. Er moet een gebalanceerd geheel van zorgaanbod bestaan dat sterk moet geïntegreerd zijn (37). Huisartsen kunnen bouwstenen aanreiken voor de uitbouw van dit coherent, geïntegreerd systeem dat bij voorkeur lokaal wordt ingebed (38).

Dankbetuiging

Dank aan dr. L. Van Bouwel, Universitair Psychiatrisch Centrum K.U.Leuven, campus Kortenberg, voor de kritische commentaar op de eerste versie van dit artikel.

Mededeling

Geen belangenconflict en geen financiële ondersteuning gemeld.

Abstract

The contribution of general practitioners to mental health care

Our society faces major challenges. The increase of patients with chronic, psychiatric disorders, both young and elderly people, prompts a renewed vision for the organization of psychiatric care.

Based on data from the literature, this paper will indicate that general practitioners (GP) play an important role in mental health care. Epidemiological frameworks are detailed which remain fundamental in the discussion on tasks and functions in mental health care organization. Finally, based on the European definition of General Practice, the contribution of GPs in mental health care will be explained and illustrated by means of clinical examples of dementia, depression and psychosis.

Literatuur

- Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie. Geestelijke gezondheid: zorg voor velen, door velen. Gent: 2008.
- Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Gezondheidsenquête door middel van interview België 2004. Synthese. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2006. Report No.: IPH/EPI REPORTS n° 2006-037.
- BRUFFAERTS R, BONNEWYN A, VAN OYEN H, DEMAREST S, DE MYTENAERE K. Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking. Resultaten van de European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMEd). Tijdschr Geneesk 2004; 60: 75-85.
- BRUFFAERTS R, BONNEWYN A, VAN OYEN H, DEMAREST S, DEMYTTE-NAERE K. Zorggebruik voor mentale stoornissen in België. Tijdschr Geneesk 2004; 60: 790-799.
- McWHINNEY I. A textbook of family medicine. New York/Oxford: Oxford University Press, 1997.
- BARTHOLOMEUSEN S, BUNTINX F, DE COCK L, HEYRMAN J. The incidence of diseases in general practice. Leuven: Department of General Practice, 2001.
- DE LOOF J, HEYRMAN J. De jaarlijkse contactgroep (JCG). In: Heyrman J, editor. Huisartspraktijk in Vlaanderen. Leuven: Acco, 1984: 19-39.
- BOSSUYT N, VAN CASTEREN V. Epidemiology of suicide and suicide attempts in Belgium: results from the sentinel network of general practitioners. Int J Public Health 2007; 52: 153-157.
- DEVROEY D, VAN CASTEREN V, DE LEPELEIRE J. Placements in psychiatric institutions, nursing homes, and homes for the elderly by Belgian general practitioners. Aging Ment Health 2002; 6: 286-292.
- EVERAERT S, SCHEERDER G, DE COSTER I, VAN AUDENHOVE C. Getrapte zorg voor personen met depressie in de Centra Geestelijke Gezondheidszorg. Analyse, evaluatie en optimalisering van het zorgaanbod. Leuven: Lucas, 2007.
- WHITE K, WILLIAMS T, GREENBERG B. The ecology of medical care. N Engl J Med 1961; 265: 885-892.
- GREEN L, FRYER G, JR., YAWN B, LANIER D, DOVEY S. The ecology of medical care revisited. N Engl J Med 2001; 344: 2021-2025.
- FLEMING D. European study of referrals from primary to secondary care Maastricht: Universiteit Maastricht, 1993.
- KNOTTNERUS J, METSEMAKERS J, HÖPPNER P, LIMONARD C. Chronic illness in the community and the concept of „social prevalence“. Fam Pract 1992; 9: 15-21.
- ALLEN J, GAY B, CREBOLDER H, HEYRMAN J, SVAB I, RAM P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. Br J Gen Pract 2002; 52: 526-527.
- FRANK J, JABBOUR M, TUGWELL P, et al. Skills for the new millennium: report of the Societal Needs Working Group — CanMEDS 2000 Project. Ann R Coll Physicians Surg Can 1996; 29: 206-216.
- BOSSAERT L, Het Vlaamse Bolognapromotorenteam. De Vlaamse opleiding tot arts en het Bolognaproces. Naar gemeenschappelijke leerresultaten en competenties. Tijdschr Geneesk 2008; 64: 661-668.
- FABBRICOTTI I. Taking care of integrated care: integration and fragmentation in the development of integrated care arrangements. Int J Integr Care 2007; 7: e09.
- KOKKO S. Towards fragmentation of general practice and primary healthcare in Finland? Scand J Prim Health Care 2007; 25: 131-132.
- GLOUBERMAN S, MINTZBERG H. Managing the care of health and the cure of disease—Part I: Differentiation. Health Care Manage Rev 2001; 26: 56-69.
- GLOUBERMAN S, ENKIN M, GROFF P, JADAD A, STERN A. Entrenched health care practices and complex systems. Clinamen Collaborative. Aust Health Rev 2006; 30: 7-11.
- GLOUBERMAN S, MINTZBERG H. Managing the care of health and the cure of disease—Part II: Integration. Health Care Manage Rev 2001; 26: 70-84.
- DE LEPELEIRE J, FALEZ F, YLIEFF M, FONTAINE O, PAQUAY L, BUNTINX F. The evolution of the organization of homecare in Flanders, Wallonia and Brussels. Arch Public Health 2004; 62: 197-208.
- LEUTZ W. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. Milbank Q 1999; 77: 77-110.
- HARDY B, MUR-VEEMANU I, STEENBERGEN M, WISTOW G. Inter-agency services in England and The Netherlands. A comparative study of integrated care development and delivery. Health Policy 1999; 48: 87-105.
- KODNER DL, SPREEUWENBERG C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications—a discussion paper. Int J Integr Care 2002; 2: e12.
- DE COCK J. De ziekteverzekering en geïntegreerde zorgprocessen. Leuven: Centrum Ziekenhuis en Verplegingswetenschappen, K.U.Leuven, 2008.
- HEYRMAN J, DECLERCQ T, ROGIER R, et al. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts. Huisarts Nu 2008; 37: 284-317.
- Vlaamse Gezondheidsraad. De toekomst van het gezondheids(zorg)beleid in Vlaanderen, met bijzondere aandacht voor de eerstelijnsgezondheidszorg. Nota VGR.2006/2-WG WB. Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 2006.
- Vlaamse Gezondheidsraad. Geïntegreerd advies inzake preventie in de GGZ, de toegankelijkheid van de GGZ voor allochtonen, GGZ voor ouderen en vermaatschappelijking van de GGZ. Brussel: Vlaamse Gezondheidsraad, 2006.
- DE LEPELEIRE J. De diagnose van dementie. Het aandeel van de Huisarts. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven, 2000.
- ODD M, SCHULING J. Patiënten met een chronische psychose in de huisartspraktijk: actief volgen. Ned Tijdschr Geneesk 2002; 146: 697-703.
- LEENTJENS A, VAN DER FELTS-CORNELIS C, BOENINK A, VAN EVERDINGEN J. Richtlijn „Consultatieve psychiatrie“ van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie voor consulten in de eerste lijn en in de ziekenhuissetting. Richtlijnwerkgroep Consultatieve Psychiatrie van de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie. Ned Tijdschr Geneesk 2008; 152: 1914-1917.
- Nederlandse Vereniging Psychiatrie. Richtlijn consultatieve psychiatrie. Utrecht: CBO; 2008.
- BUNTINX F, DE LEPELEIRE J, HEYRMAN J, FISCHLER B, VANDER MUJNSBRUGGE D, VAN DEN AKKER M. Diagnosing depression: what's in a name? Eur J Gen Pract 2004; 10: 162-168.
- CES S, DE JAEGERE V, FEYS P, LEYS M. Hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg: evaluatieonderzoek „therapeutische projecten“ - eerste tussentijds rapport. KCE rapport 103 A. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2009.
- European Forum for Primary Care. Mental health in Europe, role and contribution of primary care. Position paper 2006. Utrecht: European Forum for Primary Care, 2006.
- STILLE C, JERANT A, BELL D, MELTZER J, ELMORE J. Coordinating care across diseases, settings, and clinicians: a key role for the generalist in practice. Ann Intern Med 2005; 142: 700-708.